

Jorge Bello

Vulnerables a la enfermedad, al infortunio y al balbuceo: reflexión desde la atención primaria de pediatría

RESUMEN

La pandemia de covid nos obliga a redescubrir que somos vulnerables a la enfermedad como concepto genérico, un concepto que tal vez teníamos olvidado a causa de los mensajes que recibimos en sentido contrario. Vulnerables también al infortunio, a las consecuencias sociales y económicas que implican las decisiones sanitarias y políticas que las autoridades toman para intentar minimizar los muchos efectos negativos de la pandemia en la población, que varían según la situación previa de cada quien. Así, también somos vulnerables al balbuceo. Aunque la enfermedad no afecta tanto a los niños, ni en número ni en gravedad, éstos son especialmente vulnerables puesto que la vulnerabilidad al infortunio puede comprometerles el presente, lo que a su vez les compromete el futuro, y ellos son propiamente, precisamente, el futuro. Desde la atención primaria de pediatría se quiere insistir en que, aun en estos tiempos difíciles, el principal objetivo sigue siendo velar para que todos los niños, en especial los vulnerables o quienes puedan serlo a causa de la pandemia, estén en condiciones de desarrollar el máximo de su potencial, tanto individual como colectivamente.-

* * *

Introducción

Somos, en efecto, vulnerables. Somos vulnerables tanto a la enfermedad como, en consecuencia, al infortunio y al balbuceo. Redescubrir esta verdad, que teníamos olvidada quizás entre terciopelos, es hoy una amarga decepción. La imagen que ahora nos devuelve el espejo es el síntoma de que estábamos artificial y artísticamente hipertrofiados por los muchos mensajes que, desde la gestión y desde la política, nos enviaban con insistencia, voces de sirena, para que olvidemos que, en efecto, somos vulnerables.

Pero no somos todos vulnerables por igual. Ni el concepto de vulnerable de hoy es el mismo que el de ayer. Volvemos así a la cruda realidad: no tenemos derecho a la salud, sino como mucho a compartir los recursos sanitarios, y no todos, sino sólo aquéllos que estén disponibles y no sean para otros. No era esto lo que nos decían. En la ficción, la voz oficial, el séptimo mandamiento afirmaba que «todos los animales son

iguales» pero, poco después, todos los mandamientos habían sido borrados y en su lugar se podía leer:

«Todos los animales son iguales, pero algunos animales son más iguales que otros.»

Es el conocido pasaje del décimo capítulo de *Rebelión en la granja*, del británico George Orwell. Los animales de esta granja también descubrieron con decepción que eran vulnerables, aunque aquí al infortunio y al balbuceo. Orwell, que es un seudónimo, murió de tuberculosis en 1950; tenía 46 años.

En general se entiende que la persona vulnerable es aquélla que tiene un riesgo, más alto que la media, de presentar ciertas enfermedades, de evolucionar de manera adversa, o de no poder desarrollar su potencial. Este concepto de vulnerabilidad se fundamenta tanto en ciertas características biológicas de la persona, como en las características del entorno donde el capricho de la vida le haya hecho nacer. Se trata de variables como la etnia (1), por una parte; y del resto de los llamados determinantes sociales de la salud (2,3), por otra; estos determinantes incluyen también las experiencias precoces en la vida de un niño y cómo éste se desarrolla en el seno de su comunidad. Entre unos y otros condicionan, de manera decisiva, tanto la salud del individuo como, en consecuencia, las perspectivas personales y de la comunidad.

La etnia y la voz

Etnia y entorno adverso son factores que conducen casi sin remedio al puro sobrevivir, puesto que son pobres las posibilidades reales de mejorar. Esto no es una novedad, sino una evidencia conocida y reconocida, fácil de observar tanto aquí, en casa, como más allá de las fronteras. Pero, pese a que varios, tal vez la mayoría de los determinantes sociales de la salud son modificables, y bien se sabe cómo modificarlos, persisten decisivos e inmutables. Son obstáculos difíciles o imposibles de salvar que afectan a una generación y a la siguiente. Y es aquí donde precisamente estamos nosotros: en la siguiente generación, que son los niños de hoy (4,5).

Con razón se suele decir que, en general, quien está bien continua bien, o mejora; y que quien está mal continua mal, o empeora. Vemos ahora que la pandemia de covid introduce un cambio, le agrega un elemento nuevo a este concepto de vulnerable. Hemos visto que personas y familias, incluso barrios, han caído, caen en el infortunio de tener que pasar de una cierta solvencia, a ya no tenerla. Es decir, dejan de ser no vulnerables para pasar a ser vulnerables (6). Pasan de no necesitar ayuda, a necesitarla para poder seguir. Ha sido un cambio rápido y sorpresivo, y político, que hace más amplia la brecha, el abismo que separa a unos de otros, donde unos acceden rápido al diagnóstico y a la

atención especializada, mientras que otros deben esperar sin certeza de conseguir.

Es así como somos vulnerables también al infortunio y al balbuceo. Es así como se pierde también la voz, la capacidad de reclamación, la perspectiva de ser escuchados y atendidos. Entonces, éstos, ya sin voz, son víctima fácil del trato impropio y del abuso. La palabra altisonante y el descrédito se imponen como si fueran la verdad. Y quien pierde, por temor a perder más, vuelve a perder.

El niño vulnerable no tiene voz, y nosotros, la primaria, podemos ser su voz. Los niños son en especial vulnerables, y deben ser foco preferente de atención puesto que ellos son propiamente el futuro. Ellos tienen todo el futuro por delante. Comprometerles el futuro es condenarlos. El futuro tiene para ellos una dimensión diferente porque está pleno, debe estar pleno de perspectivas, aunque todavía no lo sepan. Recordemos aquí que del presente depende el futuro. De este presente, de cómo sea este presente les depende a ellos el futuro (7). Y nuestra principal obligación como atención primaria es velar para que todos los niños que tenemos a cargo, en especial aquéllos que son vulnerables o puedan serlo, o los que no vienen a consulta porque nadie se ocupa de ellos, todos sin excepción estén en condiciones de desarrollar el máximo de su potencial, tanto individual como colectivamente.

El poder y el abuso

En este contexto, el editorial (6) del *Lancet* del pasado sábado 4 de abril reflexionaba sobre la necesidad de identificar a quienes son vulnerables en lo físico, lo síquico y lo económico, y que la pandemia hace aún más vulnerables:

«What does it mean to be vulnerable? Vulnerable groups of people are those that are disproportionately exposed to risk, but who is included in these groups can change dynamically. A person not considered vulnerable at the outset of a pandemic can become vulnerable depending on the policy response. The risks of sudden loss of income or access to social support have consequences that are difficult to estimate and constitute a challenge in identifying all those who might become vulnerable. Certainly, amid the covid pandemic, vulnerable groups are not only elderly people, those with ill health and comorbidities, or homeless or underhoused people, but also people from a gradient of socioeconomic groups that might struggle to cope financially, mentally, or physically with the crisis.»

Tres semanas después, el lunes 27 de abril, el mencionado editorial resultaba oportunamente remarcado por una carta (8) que publicaba la misma revista:

«Vulnerability occurs in the gap in global health between those with the power to define and dismiss knowledge and needs, and those who are being defined and dismissed. A pandemic can be a call for recognition and repairing of the socio-cultural, socio-political, and socio-historical ruptures that generate vulnerability within specific categories of marginalised groups.»

Unos y otros hablan entre líneas del poder, de la capacidad de alzar el pulgar, o de continuar manteniéndolo hacia abajo. Hablan de saber y de reparar. De que ahora tenemos la oportunidad de reparar. Por último, otro editorial (9), éste anterior, del martes 3 de marzo, procedente de Australia, ya comentaba más extensamente esta realidad:

«It is essential to recognise that pandemics –and the respective Government and corporate decisions that emanate– both influence and are influenced by social, economic and political determinants of health. As the WHO Director General has recently stated: "All countries must strike a fine balance between protecting health, preventing economic and social disruption, and respecting human rights." [...] While we do not know much about covid, we do now how pandemics can impact vulnerable populations. [...] We know that vulnerable populations may not have the necessary language and literacy skills to understand and appropriately respond to pandemic messaging. [...] Most of the evidence-based discussion presented above demonstrates the power of privilege in a pandemic. It indicates that those most vulnerable will be the hardest hit. [...] This will not be easy at a time when neoliberal forces pitch population health against national economic stability. [...] The WHO has encouraged us to think innovatively.»

Otros especialistas agregan, alertan de que el cierre de guarderías y escuelas deja sin protección a un alto número de niños (6,10). Muchos pierden así un vaso de leche y un trozo de pan por la mañana, y una buena comida al mediodía. Muchos niños acaban siendo testigos de violencia familiar en casa, o incluso siendo ellos mismos víctimas de abuso y violencia. Muchos niños multiplicaron sus horas de pantalla. Perdieron escuela, y esto es difícil o imposible de justificar. Las clases telemáticas son una alternativa válida para quien está bien y en buena familia, pero excluyen selectivamente a las familias de pocos recursos económicos, intelectuales, de vivienda, etc., que es donde están, precisamente, los niños que más ayuda necesitan. Estos niños no tienen voz.

El ver y el saber

No sabemos cómo avanzará esta pandemia ni sabemos la cabal magnitud de sus consecuencias. Pero si acaso vemos que hay riesgo vital, si acaso vemos que el barco se hunde y vemos que de aquí huyen las ratas, sepamos que los niños están, deben estar primero. En la República del Congo hubo un importante rebrote de sarampión (11) en relación con

la respuesta ante la epidemia de ébola. Ya sabemos lo que esto representa para la infancia, y luego para el futuro del país. Se registraron más de trescientos mil casos de sarampión, y unos seis mil perdieron la vida. Abocarse a un problema no debe implicar dejar de lado a los niños. En el caso de la pandemia que nos abrasa actualmente, los niños parecen gozar de una cierta inmunidad, y entonces se puede entender que las fuerzas se orienten sobre todo hacia donde el barco hace aguas.

Suponemos que la covid afecta a los niños en número menor y con menor intensidad. Pero los diversos informes (12) que avalan esta afirmación se basan en series de pacientes atendidos en hospital y confirmados como positivos; no se cuentan por tanto los niños que quedaron en casa con fiebre, o que fueron atendidos en el ámbito de la primaria, a los cuales tal vez no se les practicó test alguno. No somos pocos los que por aquí seguimos pensando que quizás tuvieron covid los muchos niños que vimos en primaria, en diciembre de 2019 y enero de 2020, con un cuadro clínico de fiebre alta, cefalea y malestar, dolores musculares, y tos seca e intensa. Los consideramos bajo el eufemismo diagnóstico de síndrome gripal, por cierto que atípico. Hoy no dudaríamos en considerarlos como posible covid. En Francia demostraron, mediante serología, que ya circulaba el virus por Navidad de 2019 (13).

El comportamiento biológico de la covid en la infancia también debería considerarse a la luz de la pirámide poblacional porque los antedichos informes proceden de países con pocos niños. En España (14), el porcentaje de niños menores de 14 años es casi el mismo que el de adultos mayores de 70 años (14,6 y 14,7%, respectivamente, en 2019). La representación porcentual de los niños en las series de casos publicados es así mucho menor que su representación porcentual en la población, y esto hace pensar que los niños son menos vulnerables que los mayores. Pero, qué pasa, qué pasará en Nigeria (15), por ejemplo. La población de este país cuadriplica a la española, pero el país sólo tiene el doble de superficie. Los adultos mayores de 70 años representan sólo el 1,4% de la pirámide poblacional, mientras que los niños menores de 14 años son el 43,6%. Es fácil imaginar que estos niños no disponen de los recursos que tienen los niños españoles, y que por tanto son más vulnerables; pero no lo serán tanto por lo biológico como por lo social, y político en consecuencia. Siendo así, cabrá ver allí si es verdad que la covid actúa tan benignamente en la infancia. El resultado puede ser dantesco. O bien puede ser de menor magnitud, e instructivo puesto que esta benignidad, si se confirma, podría tener relación con la inmunidad innata y con el ágil y oportuno desarrollo de la inmunidad adquirida durante los primeros años de la vida (16). Entonces la condición genética tendría participación en esta hipótesis, y también en consecuencia la condición étnica.

Podemos pensar en la hipótesis que la condición étnica (1,17) es un factor, protector o agravante, para entender la epidemiología de la covid.

La condición étnica es mucho más que aquello que años ha se definía como raza. Bien sabemos que la etnia de una persona tiene relación con su condición de más o menos vulnerable, con el grado de susceptibilidad, con la mayor o menor posibilidad de contraer o presentar ciertas enfermedades. Es un factor que está estrechamente vinculado a lo social y a lo cultural. El más alto grado de contagio, enfermedad y mortalidad por covid de hispanos y negros en Estados Unidos es otro ejemplo que obliga a pensar en condiciones sociales (18,19). Similar fenómeno ya se había observado entre los negros y otras minorías durante la epidemia de gripe de 2009 y 2010 en Gran Bretaña (20). Más: alrededor de un tercio de los pacientes de intensivos en Gran Bretaña eran de estas minorías (21). Más aún: el Gobierno británico urgía a investigar por qué los médicos de estas minorías que trabajando fallecieron por causa de la covid representan un porcentaje sospechosamente alto (22). Entonces, es evidente que ciertos colectivos, más que otros, son más vulnerables tanto a la enfermedad como al infortunio y al balbuceo.

La etnia y la perspectiva

Para entender la perspectiva que puede tener lo étnico en la virulencia de la covid, cabe considerar que etnia no es igual a genética, sino que la genética es sólo una parte, sin duda relevante, de la etnicidad. La condición étnica determina, por ejemplo, el tipo de barrio donde viven las minorías; es natural que se agrupen por afinidad cultural y es así como estos barrios resultan característicos. Lo étnico se relaciona también con la edad de casarse y con quién; con el número de hijos por pareja, con la forma de criarlos, con la alimentación de cada día y con el comportamiento adolescente y de los mayores. También con las costumbres y creencias sociales, con el número de personas que viven bajo un mismo techo, etc. La etnicidad también se relaciona con ciertas enfermedades y con cierta comorbilidad (1).

Todos estos factores étnicos pueden ser determinantes para entender el ritmo de contagios entre las minorías, que en consecuencia resultan más vulnerables por razón del conjunto de causas que forman parte del concepto de etnicidad. España es un país de raíces heterogéneas y hoy es un país cosmopolita. Hay diferencias evidentes y elocuentes, y diversidad de patrones socio-culturales. Por tanto hay diversidad étnica y genética. Las diferencias pueden ser determinantes. Sin embargo, hasta donde podemos saber, la condición étnica no suele figurar entre los parámetros que se investigan en los estudios a gran escala de seroprevalencia. Esto no debe sorprendernos puesto que no se suelen comunicar oficialmente los positivos, vivos o muertos, separados por etnias o minorías (1), aunque Gran Bretaña dijo que comenzaría a hacerlo (23).

Bien se sabe, y desde hace tiempo, que etnia, pobreza y enfermedad se

alimentan mutuamente en un círculo vicioso infinito. Es difícil salir de este círculo si no es con la ayuda de una buena gestión, de unos políticos competentes, y de unos dineros que alcancen. El balbuceo es entonces un determinante tanto para la enfermedad como para el infortunio.

Como fenómeno global, la pandemia nos debe hacer pensar globalmente, y debe hacernos entender que los recursos se deben compartir (24) puesto que si no hay fronteras para el viento tampoco las hay para un virus y su enfermedad, ni para el infortunio. El balbuceo tampoco reconoce fronteras. El problema es global, pero debemos actuar localmente –nosotros, en el ámbito de la atención primaria de pediatría.

En un centro de salud de un barrio periférico, de minorías, cosmopolita, heterogéneo. Tenemos unos tres mil niños a cargo. De éstos, algo más de un tercio están oficialmente registrados como de etnias diferentes de la local, pero la evidencia de cada día nos hace pensar que este porcentaje debe ser superior en la realidad. No son pocos los padres y sobre todo las madres que no hablan el idioma que hablamos. No son pocas las madres que no saben leer ni escribir en castellano o catalán y que por tanto no pueden ayudar a sus hijos con los deberes escolares. No son pocos los hábitos y las costumbres, y las formas de pensar y de actuar que no compartimos, ni comprendemos. No son pocos los problemas, no es poco el miedo. Los niños son todos iguales, pero las perspectivas no lo son. Son, somos, en efecto, vulnerables a la enfermedad, al infortunio y al balbuceo. Pero si hay niños, es que hay esperanza (25).-

Bibliografía

1. Pareek M, Bangash MN, Pareek N et al. Ethnicity and covid-19: an urgent public health research priority. *Lancet*. 2020; 395: 1421-2.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736\(20\)30922-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736(20)30922-3/fulltext)
2. Social determinants of health. *NEJM Catalyst*. 01/12/2017.
<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0312>
3. Figueroa JF, Frakt AB, Jha AK. Addressing social determinants of health: Time for a polysocial risk score. *JAMA*. 2020; 323: 1553-4.
<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2764321>
4. Maani N, Galea S. The role of physicians in addressing social determinants of health. *JAMA*. 2020; 323: 1551-2.
<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2764320>
5. Armstrong K, Asch D. Bridging polarization in medicine. From biology to

- social causes. *N Engl J Med.* 2020; 382: 888-9.
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1913051>
6. Redefining vulnerability in the era of covid-19. *Lancet.* 2020; 395: 1089.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30757-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30757-1/fulltext)
 7. Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A et al. A future for the world's children? A WHO - UNICEF - Lancet commission. *Lancet.* 2020; 395: 605-58.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32540-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32540-1/fulltext)
 8. Ahmad A, Chung R, Eckenwiler L, et al. What does it mean to be made vulnerable in the era of covid-19? *Lancet.* 2020; 395: 1481-2.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30979-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30979-X/fulltext)
 9. Smith JA, Judd J. Covid-19: Vulnerability and power of privilege in a pandemic. *Health Promot J Austral.* 2020; 31: 158-60.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hpja.333>
 10. Armitage R, Nellus LB. Considering inequalities in the school closure response to covid-19. *Lancet Glob Health.* 2020; 8: e644.
[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30116-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30116-9/fulltext)
 11. World Health Organization. Deaths from Democratic Republic of the Congo measles outbreak top 6000. 07/01/2020.
<https://www.afro.who.int/news/deaths-democratic-republic-congo-measles-outbreak-top-6000>
 12. Castagnoli R, Votto M, Licari A, et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (Sars-CoV-2) infection in children and adolescents: A systematic review. *JAMA Pediatr.* 22/04/2020.
 DOI: 10.1001/jamapediatrics.2020.1467
<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2765169>
 13. Roy, S. Coronavirus: en France, un homme était déjà infecté fin décembre. *Le Figaro.* 05/05/2020.
<https://sante.lefigaro.fr/article/coronavirus-en-france-un-homme-etait-deja-infecte-fin-decembre/>
 14. Population pyramids of the world from 1950. Spain.
<https://www.populationpyramid.net/spain/2019/>
 15. Population pyramids of the world from 1950. Nigeria.
<https://www.populationpyramid.net/nigeria/2019/>
 16. Carsetti R, Quintarelli C, Quinti I, et al. The immune system of children: the key to understanding SARS-CoV-2 susceptibility? *Lancet.* 06/05/2020.
 DOI: org/10.1016/S2352-4642(20)30135-8
[https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30135-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30135-8/fulltext)

17. Devakumar D, Shannon G, Bhopal S et al. Racism and discrimination in covid-19 responses. *Lancet*. 2020; 395: 1194.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30792-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30792-3/fulltext)

18. Dorn A, Cooney RE, Sabin ML. Covid-19 exacerbating inequalities in the US. *Lancet*. 2020; 395: 1243-4.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30893-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30893-X/fulltext)

19. Coronavirus wreaks havoc in African American neighbourhoods. *BBC World News*. 07/04/2020.
<https://www.bbc.com/news/world-us-canada-52194018>

20. Zhao H, Harris RJ, Ellis J et al. Ethnicity, deprivation and mortality due to 2009 pandemic influenza A (H1N1) in England during the 2009/2010 pandemic and the first post-pandemic season. *Epidemiol Infect*. 2015; 143: 3375-83.
<https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/ethnicity-deprivation-and-mortality-due-to-2009-pandemic-influenza-ah1n1-in-england-during-the-20092010-pandemic-and-the-first-postpandemic-season/682FDBAED79924F1965ADB4D8F40A3B3>

21. Intensive Care National Audit and Research Centre (ICNARC). ICNARC report on covid-19 in critical care. 10/04/2020. London: Intensive Care National Audit and Research Centre.
<https://www.icnarc.org>

22. Siddique H. UK government urged to investigate coronavirus deaths of BAME doctors. *The Guardian*. 10/04/2020.
<https://www.theguardian.com/society/2020/apr/10/uk-coronavirus-deaths-bame-doctors-bma>

23. Croxford R. Coronavirus cases to be tracked by ethnicity. *BBC World News*. 18/04/2020.
<https://www.bbc.com/news/health-52338101>

24. Bollyky TJ, Gostin LO, Hamburg MA. The equitable distribution of covid-19 therapeutics and vaccines. *JAMA*. 07/05/2020.
DOI: 10.1001/jama.2020.6641
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765944>

25. Solnit R. The impossible has already happened: what coronavirus can teach us about hope. *The Guardian, The Long Read*. 07/04/2020.
<https://www.theguardian.com/world/2020/apr/07/what-coronavirus-can-teach-us-about-hope-rebecca-solnit>

* * *